

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                               |                                     |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| <div><div>IMDER</div><div>TULUÁ</div><div>INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN</div></div> |                                                                                                                                                                                                                       | INFORME DE SUPERVISION |                                                                                                                                                                               | Código:                             | IMD-CG02                                   |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                               | Versión 3                           | Página 1 de 1                              |
| Número de contrato                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       |                        | CPS-100.14.5-054                                                                                                                                                              |                                     |                                            |
| Número de informe                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                       | 3                      | Fecha del contrato (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                               | 13/04/2024                          |                                            |
| Fecha del informe (dd/mm/aaaa)                                                                        |                                                                                                                                                                                                                       | 16/07/2024             | Fecha prevista de terminación (dd/mm/aaaa)                                                                                                                                    | 13/08/2024                          |                                            |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |                        | PAULA ANDREA ROJAS                                                                                                                                                            |                                     |                                            |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN                                                                              |                                                                                                                                                                                                                       |                        | 1.116.283.386                                                                                                                                                                 |                                     |                                            |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DEL INFORME (dd/mm al dd/mm/aaaa)                                              |                                                                                                                                                                                                                       |                        | 13/06/2024 HASTA 14/07/2024                                                                                                                                                   |                                     |                                            |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       |                        | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FISIOTERAPEUTA EN LOS PROCESOS MISIONALES DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN IMDER TULUÁ. |                                     |                                            |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR                                                                    |                                                                                                                                                                                                                       |                        | DIRECTO                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | CAROLINA RODRIGUEZ OSORIO                  |
|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                       |                        | DELEGADO                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>            |                                            |
| CARGO DEL SUPERVISOR                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                       |                        | DIRECTOR IMDER TULUÁ                                                                                                                                                          |                                     |                                            |
| No.                                                                                                   | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                           |                        | EVALUACIÓN E IMPACTO SOCIAL GENERADO                                                                                                                                          |                                     | OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS              |
| 1                                                                                                     | Acompañar los procesos de planificación, formulación y seguimiento a los programas del Instituto relacionados con los procesos misionales.                                                                            |                        | SE EVIDENCIA QUE LA CONTRATISTA REALIZO LOS PROCESOS DE INTERVENCION FISIOTERAPEUTICOS.                                                                                       |                                     | SE REALIZO SATISFACTORIAMENTE LA ACTIVIDAD |
| 2                                                                                                     | Diseñar, ejecutar y presentar procesos de intervención de fisioterapia que derive en tratamientos y técnicas rehabilitadoras de la población perteneciente a cada uno de los programas y/o disciplinas del Instituto. |                        | SE EVIDENCIA QUE LA CONTRATISTA REALIZO LOS PROCESOS DE INTERVENCION FISIOTERAPEUTICOS.                                                                                       |                                     | SE REALIZO SATISFACTORIAMENTE LA ACTIVIDAD |
| 3                                                                                                     | Realizar evaluación funcional, seguimiento y control donde se evidencie evolución del deportista                                                                                                                      |                        | SE EVIDENCIA QUE LA CONTRATISTA REALIZO LOS PROCESOS DE EVALUACION FISIOTERAPEUTICOS                                                                                          |                                     | SE REALIZO SATISFACTORIAMENTE LA ACTIVIDAD |
| 4                                                                                                     | Realizar intervención fisioterapéutica a los deportistas y/o población perteneciente a los programas en el marco de la preparación física.                                                                            |                        | SE EVIDENCIA QUE LA CONTRATISTA REALIZO LOS PROCESOS DE INTERVENCION FISIOTERAPEUTICOS.                                                                                       |                                     | SE REALIZO SATISFACTORIAMENTE LA ACTIVIDAD |
| 5                                                                                                     | Brindar acompañamiento en competencias deportivas en el marco de del programa Fomento a la Recreación, Actividad Física y el Deporte                                                                                  |                        | SE EVIDENCIA QUE LA CONTRATISTA REALIZO ACOMPAÑAMIENTO A CAMPO DE ACCION.                                                                                                     |                                     | SE REALIZO SATISFACTORIAMENTE LA ACTIVIDAD |
| 6                                                                                                     | Realizar capacitaciones a los entrenadores y/o monitores deportivos en el marco de la preparación deportiva orientadas a la prevención y recuperación de lesiones                                                     |                        | SE EVIDENCIA QUE LA CONTRATISTA NO HA REALIZADO LA ACTIVIDAD                                                                                                                  |                                     | NO SE REALIZO LA ACTIVIDAD                 |
| 7                                                                                                     | Cumplir con las demás actividades que le sean asignadas por el Director y/o supervisor para el desarrollo del contrato                                                                                                |                        | SE EVIDENCIA QUE LA CONTRATISTA CUMPLIO CON LA ACTIVIDAD                                                                                                                      |                                     | SE REALIZO SATISFACTORIAMENTE LA ACTIVIDAD |
| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA                                                              |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                               |                                     |                                            |
| APORTE DE SALUD                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                       | NUEVA EPS              |                                                                                                                                                                               |                                     |                                            |
| APORTE DE PENSION                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                       | PORVENIR               |                                                                                                                                                                               |                                     |                                            |
| ARL                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                       | POSITIVA               |                                                                                                                                                                               |                                     |                                            |

FIRMA SUPERVISORA  
RODRIGUEZ OSORIO      Directora IMDER



IMDER

INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN

ACTA DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO: CG-AC-PO

VERSIÓN:02

FECHA:01-FEBRERO-10

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------|------------------------|------------|------|
| CLASE DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              | No CONTRATO                  |          | TIPO DE ACTA           |            |      |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              | 100.14.5-054-2024            |          | PARCIAL                |            |      |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              | CAROLINA RODRIGUEZ OSORIO    |          |                        |            |      |
| CARGO DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              | DIRECTORA                    |          |                        |            |      |
| ACTA DE SUPERVISIÓN No.                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              | 4                            |          |                        |            |      |
| FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              | 19/07/2024                   |          |                        |            |      |
| PERIODO DESDE - HASTA                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              | 13/06/2024 - 14/07/2024      |          |                        |            |      |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              | PAULA ANDREA ROJAS CASTAÑEDA |          |                        |            |      |
| NIT                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              | 1.116.283.386                |          |                        |            |      |
| DIRECCION                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              | CALLE 26 C #3-11             |          |                        |            |      |
| TELEFONO                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              | 3265722948                   |          |                        |            |      |
| MODALIDAD DE CONTRATACION                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| CONTRATACIÓN DIRECTA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| CONDICIONES DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| N° CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              | 098                          |          | FECHA                  | 12/04/2024 |      |
| No. DE REGISTRO PRESUPUESTAL                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              | 099                          |          | FECHA                  | 12/04/2024 |      |
| N° CERTIFICADO DE DISP. ADICIONES                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              |                              |          | FECHA                  |            |      |
| No. DE REGISTRO PRESUP. ADICIONES                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              |                              |          | FECHA                  |            |      |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                        | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FISIOTERAPEUTA EN LOS PROCESOS MISIONALES DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN IMDER TULUÁ |                              |          |                        |            |      |
| CAMBIOS. MODIFICACIONES. OTROS SI Y/O OBSERVACIONES AL CONTRATO (SI APLICA)                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| FECHA DE INICIO                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                              | sábado, 13 de abril de 2024  |          |                        |            |      |
| FECHA DE FINALIZACIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              | martes, 13 de agosto de 2024 |          |                        |            |      |
| PLAZO / DURACIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              | 4 MESES                      |          |                        |            |      |
| PAGO / PERIODO / CUOTA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              | 3                            |          |                        |            |      |
| VALOR PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              | \$10.200.000                 |          |                        |            |      |
| VALORES DE LA ADICIÓN (Si aplica)                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              | \$0                          |          |                        |            |      |
| VALOR TOTAL PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              | \$10.200.000                 |          |                        |            |      |
| APORTE IMDER                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              | \$0                          |          |                        |            |      |
| DESEMBOLSOS REALIZADOS ANTES DE LA PRESENTE ACTA                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              | \$5.100.000                  |          |                        |            |      |
| DESEMBOLSOS AUTORIZADOS EN ESTA ACTA                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              | \$2.550.000                  |          |                        |            |      |
| SALDO PENDIENTE POR PAGAR                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              | \$2.550.000                  |          |                        |            |      |
| SALDO A FAVOR DEL IMDER                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              | \$0                          |          |                        |            |      |
| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| Cabe resaltar que en caso de que el pago de Seguridad Social obedezca a fraccion de mes y deba hacer en varios periodos diligenciar totalmente las casillas                                                                                                |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| IBC                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              | \$ 1.300.000                 |          | IBC                    | \$ 0       |      |
| No. PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              | 9469429879                   |          | No. PLANILLA           |            |      |
| # DIAS COTIZADOS                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              | 30                           |          | # DIAS COTIZADOS       |            |      |
| PERIODO COTIZADO                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              | JUNIO                        |          | PERIODO COTIZADO       |            |      |
| SALUD                                                                                                                                                                                                                                                      | 12,50%                                                                                                                                                                       | \$ 162.500                   |          | SALUD                  | 12,50%     | \$ 0 |
| PENSION                                                                                                                                                                                                                                                    | 16%                                                                                                                                                                          | \$ 208.000                   |          | PENSION                | 16%        | \$ 0 |
| ARL                                                                                                                                                                                                                                                        | 2,436%                                                                                                                                                                       | \$ 31.700                    |          | ARL                    | 2,436%     | \$ 0 |
| VALOR A PAGAR PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              | \$ 402.200                   |          | VALOR A PAGAR PLANILLA | \$ 0       |      |
| EPS                                                                                                                                                                                                                                                        | NUEVA EPS                                                                                                                                                                    | FONDO                        | PORVENIR | ARL                    | POSITIVA   |      |
| CONCEPTO DEL SUPERVISOR                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| LA CONTRATISTA CUMPLIÓ CON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO AL OBJETO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO. 100.14.5-054-2024. PRESENTÓ EVIDENCIA FOTOGRAFICA E INFORME Y ADJUNTÓ PAGO A LA PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTES AL MES DE JUNIO. |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |
| <div><div><div></div><div>CAROLINA RODRIGUEZ OSORIO</div><div>DIRECTORA</div></div></div>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              |                              |          |                        |            |      |

B

B

Handwritten signature or mark.



NIT 891.900.528-1 Tulua - COLOMBIA

\* GASTOS - VIGENCIA ACTUAL \*

REGISTRO PPTAL. OBLIGACION CR-000322

Vigencia: 2024

Pagina: 1

PROVEEDOR/CONTRATISTA:

Razon Social: ROJAS CASTAÑEDA PAULA ANDREA

NIT 1116,283,386-3

Direccion...: CALLE 26 C 3-11

Ciudad: TULUÁ

Telefono(s) .:

D E T A L L E: POBLACION VULNERABLE

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FISIOTERAPEUTA EN LOS PROCESOS MISIONALES DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y LA RECREACION IMDER TULUA

Son: DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE, TOTAL OBLIGACION ==> \$\*\*\*\*\*2,550,000.00

\*\*\*\*\* REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA OBLIGACION \*\*\*\*\*

| Cuenta                            | Descripción                                                  | Compromiso | Saldo disponible | Valor        |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|------------------|--------------|
| 2.3.02.02.002.009.73<br>Fuente 04 | FORT.DESARR.ACT.DEP.FISC.Y RECREA.POBLACION VULNERABL<br>SGP | OC -000099 | 2,550,000        | 2,550,000.00 |

TOTAL => 2,550,000.00

OBSERVACIONES:

En constancia se firma en Tuluá a los 18 días de JULIO de 2024.

|   |                    |          |                    |
|---|--------------------|----------|--------------------|
| @ | laborado           | Revisado | Aprobado           |
|   | PAOLA ANDREA ARIAS |          | CAROLINA RODRIGUEZ |
|   | CONTADORA          |          | DIRECTOR           |

Impreso: 2024/07/18, 14:47:07



Fecha: JULIO 18 de 2024  
Señores...: ROJAS CASTAÑEDA PAULA ANDREA  
CALLE 26 C 3-11 Tel. - TULUÁ  
Concepto.: prestacion de servicios profesionales y de apoyo a la gestio  
n como fisioterapeuta

NIT: 1116,283,386-3  
Codigo: 1116283386  
Subtotal...: \$2,550,000.00  
IVA .....:  
Ret+Est+Ded: \$198,900.00  
Total .....: \$2,351,100.00

| *---DOCUMENTOS DE REFERENCIA---* |           |                | I M P U T A C I O N E S |                                       |                  |             | *-----*           |  |
|----------------------------------|-----------|----------------|-------------------------|---------------------------------------|------------------|-------------|-------------------|--|
| Gr                               | Documento | Cuo Vr.Abonado | *---Cuenta---           | *-----Descripcion de la Cuenta-----*  | C.Util Referenci | *-Tercero-* | *-----Valor-----* |  |
| 52                               |           | 2,351,100      | 550506                  | Asignacion de bienes y servicios      |                  | 1116283386  | 2,550,000.00      |  |
|                                  |           |                | 24408001                | Estampilla prouniversidad             |                  | 1116283386  | 51,000.00CR       |  |
|                                  |           |                | 24408002                | Estampilla Prohospital                |                  | 1116283386  | 25,500.00CR       |  |
|                                  |           |                | 24408003                | Estampilla Pordesarrollo UCEVA        |                  | 1116283386  | 12,750.00CR       |  |
|                                  |           |                | 24408501                | Retencion de Industria Y Comercio ICA |                  | 1116283386  | 20,400.00CR       |  |
|                                  |           |                | 24408502                | Estampilla PROCULTURA                 |                  | 1116283386  | 12,750.00CR       |  |
|                                  |           |                | 24408503                | Estampilla PRO-ADULTO MAYOR           |                  | 1116283386  | 76,500.00CR       |  |
|                                  |           |                | 249090                  | Otras cuentas por pagar               |                  | 1116283386  | 2,351,100.00CR    |  |

=====

2,351,100

=====

Imputacion Contable..... 2,550,000.00 2,550,000.00

|           |                    |          |                           |
|-----------|--------------------|----------|---------------------------|
| Preparado | Elaborado          | Revisado | Aprobado                  |
|           | PAOLA ANDREA ARIAS |          | CAROLINA RODRIGUEZ OSORIO |
|           | CONTADORA          |          | DIRECTOR                  |





NIT 891.900.528-1 Tulua - COLOMBIA

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL OP-000324

Pagina: 1

NIT 1116,283,386-3

Ciudad: TULUÁ

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO FISIOTERAPEUTA EN LOS PROCESOS MISIONALES DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y LA RECREACION IMDER TULUA

Son: DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE,

V a l o r

2,550,000.00

TOTAL => 2,550,000.00

En constancia se firma en Tulua a los 19 dias de JULIO de 2024.

Aprobado

CAROLINA RODRIGUEZ  
DIRECTOR

INST. MPAL. DEPORTE Y RECREACION TULUA  
Carrera 26 #28-12 Tel 2243535  
NIT 891.900.528-1 Tulua

Pag 1 de 1

COMPROBANTE DE EGRESO No. CE-011713

Fecha: JULIO 19 de 2024  
Pagado a.: ROJAS CASTAÑEDA PAULA ANDREA  
CALLE 26 C 3-11 Tel. - TULUÁ

NIT: 1116,283,386-3  
Codigo: 1116283386  
El valor de ...: \$2,351,100.00

Concepto.: POBLACION VULNERABLE  
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIO  
NCOMO FISIOTERAPEUTA EN LOS PROCESOS MISIONALES DEL INSTITUT  
Forma pago: TRANSFERENCI CA #4884436796079 de 51-DAVIVIENDA

Orden pago: OP -000324

-----DOCUMENTOS DE REFERENCIA-----  
\*-Tercero-\* Gr \*--Documento--\*Dias \*Abono-\* \*Retenc\* \*Otros-\* NetoPag  
1116283386 52 FC -009958 1 1 2351100 2351100

----- I M P U T A C I O N E S -----  
\*---Cuenta---\* C.Util Referenci \*-Tercero-\* \*-----Valor-----\*  
11100506 1116283386 2,351,100.00CR  
249090 1116283386 2,351,100.00

|           |                        |                        |                           |                 |              |
|-----------|------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------|--------------|
| 2351100   |                        | 2351100                | Imputacion Contable.....  | 2,351,100.00    | 2,351,100.00 |
| Preparado | Elaborado              | Revisado               | Aprobado                  | Recibi conforme |              |
|           | MELBA OBREGON OLIVEROS | MELBA OBREGON OLIVEROS | CAROLINA RODRIGUEZ OSORIO |                 |              |
|           | TESORERO(A)            | TESORERO(A)            | DIRECTOR                  | NIT/CC          |              |